

PANAL NIEUWS

Jaargang 21

Maart 2018

Driemaandelijks tijdschrift

Palliatieve zorg en dementie

Begin dit jaar publiceerde de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen de 'Reflectienota' Palliatieve zorg en dementie: levenseindebeslissingen (Vilvoorde 2018). Deze reflectienota kwam tot stand in de Stuurgroep Ethiek van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Een korte inleiding hier wil uitnodigen om deze tekst in extenso te lezen (www.palliatief.be - rubriek publicaties, rapporten, studies & visieteksten).

De nota gaat dieper in op de vraag: hoe zit het met palliatieve zorg en eventuele levenseindebeslissingen voor personen met dementie? De tekst verwijst ondermeer ook naar de Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning voor personen met dementie (28 mei 2016) en wil ingaan op de noodzaak, de mogelijkheden en de eventuele grenzen van goede palliatieve zorg voor personen met dementie en wil de ethische reflectie daaromtrent ondersteunen.

Zeker de vraag naar levenseindebeslissingen bij mensen met dementie wordt meer en meer gesteld, zowel in de relatie met zorgverleners als op het publieke forum. Mensen met dementie hebben evenzeer het recht om waardig te sterven. Dit vertaalt zich in kwalitatieve zorg rond het levenseinde op maat van de patiënt, ook en vooral als de patiënt niet meer in staat is zijn wil te kennen te geven. Het is duidelijk dat de wilsbekwaamheid van mensen met dementie met de tijd vermindert. Velen hebben na de diagnose van dementie soms verschillende jaren een betrekkelijk stabiele fysieke conditie. Deze vaststellingen staan haaks op de mogelijke beslissingen rond het levenseinde met name waar het gaat om een mogelijk verzoek voor euthanasie. Dit vereist een vrije en actuele wilsbeschikking (een zogenaamde actuele positieve wilsbeschikking) en is dus niet mogelijk bij personen met diepe dementie. Een vroegtijdige (negatieve en positieve) wilsbeschikking is anderzijds wel richtinggevend evenals het aanstellen van een vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger.

De reflectienota wil in de discussie omtrent de vraag om de euthana-

siewetgeving aan te passen geen standpunt innemen. Wel wil het elementen aanreiken om een persoon met dementie een kwalitatieve begeleiding en zorg aan te bieden op maat van zijn behoeften, deze zorg en begeleiding in de tijd vol te houden, en blijvend ruime aandacht besteden aan

de persoon met dementie. Er wordt benadrukt dat de taal waarin over dementie en zorg gesproken wordt niet zonder belang is. Dementiezorg vereist veel fijngevoeligheid, niet alleen in waarneming, oordeel en handeling, maar ook in taal en communicatie, niet alleen over maar met alle betrokkenen. Hoe blijven we aandachtig voor de uitdrukking van de wil van de persoon met dementie: van verzorging, eten en drinken of dagindeling, tot en met hoezeer hij of zij nog aan het leven houdt, of integendeel dat leven liever loslaat?

Daar waar palliatieve zorg als aparte deskundigheid zich vroeger voornamelijk richtte op patiënten met kanker, is ondertussen duidelijk dat palliatieve zorg ook voor niet-kankeraandoeningen, voor zover die ongeneeslijk, evolutief, levensbedreigend en niet te stabiliseren zijn, een belangrijke meerwaarde vormen.



Bij personen met dementie, met hun verminderde wilsbekwaamheid en de grote rol van hun familie en naasten, maakt de holistische en multidisciplinaire aanpak van de palliatieve zorg het verschil.

Deze verschillende bedenkingen tonen aan dat zeer tijdig met een Vroegtijdige Zorgplanning of ook een Zorgdiagnose gestart moet worden,

en dat deze in samenspraak met allen, en in eerste instantie met de betrokken patiënt met dementie voortdurend moeten aangevuld en verbeterd worden.

Deze korte inleiding wil de lezer aanzetten om de reflectienota in extenso te lezen. Voor personen die (nog) niet

lijden aan dementie, is de lectuur van deze nota een baken in ons denken over dementie als ziekte en over levenseindebeslissingen. De tekst benadrukt hoe zorgvuldig hiermee moet omgegaan worden, hoe complex deze materie is en hoe betrokken we allen moeten zijn.

Dr. Dominique Dewilde
Voorzitter Panal

NIEUWE AANWINSTEN IN ONZE BIB

Zolang ik nog leef

Goedele Van Edom



"Zolang ik nog leef" is een boek over ongeneeslijk ziek zijn, herinneringen nalaten en blijvende verbondenheid. Het is geschreven door Goedele Van Edom en uitgegeven bij Lannoo.

'Het zal je maar overkomen. Een arts vertelt je dat je nooit meer beter wordt. Hoe blijf je te midden van de wirwar aan emoties overeind? Hoe kun je leven met de voortdurende dreiging van de dood? En hoe kun je jezelf en je naasten op het afscheid voorbereiden?'

Goedele Van Edom begeleidt al meer dan vijftien jaar mensen tijdens de laatste maanden van hun leven. In dit boek toont ze wat er gebeurt als je te horen krijgt dat je ongeneeslijk en levensbedreigend ziek bent, hoe je in die tijd samen met je naasten kostbare herinneringen kunt verzamelen, en waarom dit zo belangrijk is in het rouwproces. Want niemand wil vergeten worden. Niemand wil

voor niets geleefd hebben. Niemand wil zijn geliefden in leegte achterlaten.

Het helpt om herinneringen na te laten. Dat kan op verschillende manieren. Nog uitspreken wat voor jou belangrijk is, een doos met tastbare herinneringen maken, briefjes met leuke boodschappen in huis verstoppen, samen lievelingsplekken bezoeken of praktische maatregelen treffen. Bewust bezig zijn met je afscheid kan helpen in je eigen rouwproces, en zal ook voor je nabestaanden van onschatbare waarde zijn.'

'Dit is een boek voor al wie zoekt naar leven: leven met een ongeneeslijke ziekte, voortleven in de herinnering en verder leven na het verlies van een geliefde. Want de dood kan aan veel een einde maken, maar niet aan de relatie tussen mensen. Die blijft, zij het op een andere manier: niet langer in de werkelijkheid maar in de herinnering.'

Dr. Goedele Van Edom

Combipakket

Grote woorden bij kanker en troostkaarten

Cindy Verhulst en Katrien Vanhauwaert

Wanneer kanker toeslaat, schieten woorden vaak tekort. Wat vertel ik mijn (klein)kind?

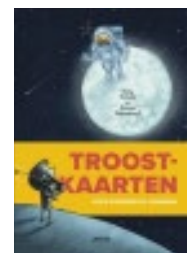


Dit **boek** wil grote woorden als kanker, chemo en bestraling uitleggen op kindermaat; kindvriendelijk maar niet kinderachtig. De tekeningen en de doe-opdrachten maken alles visueel concreet en toegankelijk voor jong en oud.

Kanker veroorzaakt een rollercoaster van emoties en gezinsleden reageren doorgaans zeer verschillend op schokkende gebeurtenissen. Via gespreks- en speltechnieken brengt dit boek de gemeenschappelijke bezorgdheden aan de oppervlakte. De opdrachten geven zicht op de zorgen van het kind en helpen om de verwerking samen aan te gaan. De combinatie van correcte informatie, tekeningen en creatieve opdrachten slaat een brug tussen ouder en kind.

Leerkrachten en hulpverleners krijgen met deze handleiding een houvast aangereikt om het gesprek aan te gaan. Stap voor stap staat beschreven hoe een groepsgebesprek, gezinsgesprek en individueel gesprek aangepakt kan worden.

De **troostkaarten** zijn een middel om contact te maken: ze zetten de deur open voor verdere gesprekken. Zich gehoord en gesteund voelen is enorm krachtig in een verwerkingsproces, zeker voor kinderen.



Wie interesse heeft om boeken of ander ondersteunend materiaal voor kinderen uit te lenen, neemt contact op met Karen De Meerleer: kdemeerleer@panal.be of telefonisch tijdens de kantooruren via het nummer 016/23 91 01.

Euthanasie in de praktijk, de mogelijke valkuilen

Na jarenlange discussies tussen voor- en tegenstanders werd in 2002 de euthanasiewet goedgekeurd. De wet definieert het begrip euthanasie en beschrijft de voorwaarden en procedures waaraan verzoeker en arts moeten voldoen.

We zijn 2018, het aantal euthanasie-uitvoeringen gaat in snel tempo omhoog (± 4% van alle sterfgevallen).

Als MBE (Multidisciplinaire Begeleidings Equipe) van PANAL worden we bijna wekelijks geconfronteerd met een euthanasieverzoek vanuit de thuiszorg. Op vraag van de behandelende huisarts zijn we betrokken bij het uitklaren van de vraag, bij het geven van medisch-technische uitleg en soms op vraag aanwezig bij de uitvoering als ondersteuning van de arts en de familie.

In de meeste gevallen verloopt een euthanasie-uitvoering heel correct en sereen. Af en toe loopt het toch eens grondig fout en daar zijn verschillende redenen voor.

VALKUIL 1

De patiënt wil absoluut euthanasie maar wil zijn familie (naasten) niet betrekken in zijn besluit. Wettelijk kan het, de patiënt heeft geen toestemming of instemming van zijn familie nodig. Hij moet hen zelfs niet inlichten van zijn besluit. Vanzelfsprekend geeft dit aanleiding tot heel wat problemen. Gaan we hier als arts zomaar de (gewettigde) eis van de patiënt involgen of proberen we via overleg en overtuiging dit in communicatie te brengen? En heb ik als arts niet het recht om in deze situatie de uitvoering van euthanasie te koppelen aan de voorwaarde om de naaste familie er bij te betrekken?. En wat als de patiënt absoluut euthanasie wenst en de familie ziet het niet zitten (of is er niet klaar voor)?

Casus 1

Mijnheer X is een man van 82 jaar, woont samen met zijn echtgenote en heeft twee getrouwde kinderen. Hij is heel zijn leven een plichtsbewuste, verantwoordelijke man die sinds zijn pensionering zijn passie gevonden heeft in het onderhouden van zijn huis en tuin. Sinds een paar maanden heeft hij last met stappen en wat hoofdpijn maar het klinisch beeld is erg wisselend. Na een val thuis wordt hij opgenomen op spoed en stelt men de diagnose: uitgebreide hersentumor, diepgelegen, onbehandelbaar en beperkte prognose. De man is totaal overstuur, beseft dat hij in de toekomst totaal zorgafhankelijk zal worden en vraagt in dit besef dan ook om euthanasie (zo vlug mogelijk) zonder rekening te houden met de impact van zijn diagnose en verzoek op zijn familie.

De zorg thuis verloopt heel moeilijk, zijn echtgenote raakt snel oververmoeid, de kinderen zien het niet meer zitten maar willen ook niet dat hun vader zo snel dood zal zijn. Om uit de impasse te geraken en wat tijd te kopen, wordt een opname op een palliatieve eenheid geregeld. Na enkele weken is de man in de wolken van zijn excellente verzorging waarvan hij ten

volle geniet en is zijn euthanasieverzoek totaal verdwenen. We zien een gelukkig en vooral dankbaar iemand met een familie die ruim de tijd heeft gehad om afscheid te nemen en een echtgenote die de arts dankbaar is om niet in te gaan op het euthanasieverzoek.

Hoe ver moeten we ons als arts laten leiden door onze empathie? Al kunnen we ons 'het lijden' invoelen dan blijft het als zorgverlener onze plicht ons blikveld ruim te houden en de betekenis van dit lijden niet enkel voor de patiënt maar ook voor zijn naasten in rekening te brengen.

Wat betekent de euthanasie voor hen die achterblijven en door een rouwproces zullen (moeten) gaan? Kunnen we (en durven we) als arts tijd en ruimte maken om de juiste keuzes te maken en bij wie kunnen we zelf terecht met onze twijfels?

VALKUIL 2

Druk van de familie 'Dokter doe iets, nu! Dit is niet meer menswaardig'.

Wettelijk kan een euthanasie nooit gebeuren onder druk van buitenaf. Het euthanasieverzoek moet komen van een meerderjarige, wilbekwame patiënt, moet herhaald zijn in de tijd en consistent zonder druk van buitenaf.

Casus 2

Mevrouw Y heeft een uitbehandelde progressieve hersentumor. Er is vooral een uitval van het kortetermijngeheugen. Er werd nooit een euthanasieverzoek door haar geuit op een consistente wijze, de verpleging die dagelijks aan huis komt heeft dit ook nooit vernomen. De echtgenoot die aan de zorg onderuitgaat, geeft aan dat de patiënte euthanasie wenst (wil?) en vraagt dit dringend aan. De huisarts zet de procedure in gang, de tweede arts geeft een positief advies maar heeft de patiënte zelf nooit bevroegd

of onderzocht wegens sufheid van de patiënte. De uitvoering van de euthanasie kort daarop loopt zowel technisch als emotioneel uit op een drama voor de naasten.

Wat kan er mislopen in zo'n situatie?

Had een betere zorgomkadering een andere uitkomst gehad? Kan en moet een tweede arts in de procedure naast de wettelijke voorwaarden niet alle andere alternatieven bekijken (deontologische plicht)? Moeten we in deze crisissituatie als arts niet temporiseren, de euthanasie 'on hold' zetten en voorwaarden creëren waarbij rust en zorg terug mogelijk zijn?

Een euthanasie kan en mag nooit dwingend en dringend zijn!

VALKUIL 3

Gebrek aan ervaring en deskundigheid

Euthanasie is een uitzonderlijke handeling in de medische praktijk. Het is telkens voor de arts een grote uitdaging zowel professioneel als emotioneel. Het veronderstelt een grondige kennis van de wettelijke voorwaarden, kennis van de juiste procedures, het gebruik van de

juiste euthanatica in de efficiënte dosis en goede technische voorbereiding. Daarnaast moet men ook oog hebben voor de vele menselijke emoties die zich afspelen rond het sterfbed.

Een euthanasie-uitvoering doe je dan ook best niet alleen, zorg voor ondersteuning van een collega en/of een ervaren verpleegkundige. En doe het vooral alleen op een moment dat je er tijd en ruimte voor hebt, voor jezelf en voor de naaste familie.

VALKUIL 4

Bij een euthanasieverzoek wordt de mogelijkheid van een palliatieve sedatie als alternatief niet altijd besproken. Er is bestaat veel verwarring rond het begrip palliatieve sedatie. Sommige zorgverleners beschouwen dit als een trage vorm van euthanasie. Nochtans zijn zowel de middelen die we gebruiken als de (proportionele) dosissen in functie van gewenste symptoomcontrole duidelijk verschillend van een euthanasie. Er is niets mis mee dat sommige goed geïnformeerde patiënten na een eerder euthana-

sieverzoek kiezen voor palliatieve sedatie. Het veronderstelt wel dat we als arts vanuit onze eigen voorkeur de keuze van de patiënt niet bepalen. Palliatieve sedatie lege artis uitgevoerd in een eindstadium van de ziekte is een medische handeling die een even grote zorgvuldigheid vereist als een euthanasie-uitvoering en best ook in een multidisciplinaire setting gebeurt.

BESLUIT

Elk euthanasieverzoek vereist een grondige uitklaring van de vraag waarbij ook de naasten betrokken worden als belangrijke gesprekspartners. Wees als zorgverlener alert voor de signalen van burn-out van de mantelzorgers en hou opties open voor andere zorgkanalen. Geef de patiënt alle informatie over alternatieven.

Een euthanasieverzoek kan nooit dringend of dwingend zijn. Geef je patiënt en jezelf als zorgverlener tijd en ruimte zodat alles in de nodige sereniteit kan verlopen.

Dr. Johan Coppens
Huisarts-consulent

Zakboekje "Afscheid van Grote Boom"

Nathalie Slosse, uitgeverij Talismanneke

Dankzij het schenkingsprogramma van Talismanneke vzw (www.talismanneke.be) ontving Panal vzw 30 exemplaren van het zakboekje "Afscheid van Grote Boom", een waardevolle en hartverwarmende aanvulling op het prentenboek "Grote Boom is ziek". "Afscheid van Grote Boom" is een vouwboekje in postkaartformaat dat kinderen helpt om te gaan met de dood van een dierbaar iemand, na een ongeneeslijke ziekte. De bloemenslinger op de keerzijde kan worden ingekleurd en versierd en geeft troost aan het kind.

Het zakboekje wordt gratis aangeboden bij het uitleenen van de Koesterkoffer met daarin het leesboek "Grote boom is ziek".

Méér info:
Karen De Meerleer
Psycholoog Panal
016/23 91 01
kdemeerleer@panal.be



Hoofd- en halscarinomen

door prof. dr. Paul Clement

Op donderdag 30 november 2017 kwam prof. dr. Paul Clement van UZ Leuven ons meer vertellen over hoofd- en halstumoren. Deze bijscholing ging door in WZC Dommelhof te Tielt-Winge.

Hoofd- en halstumoren zijn tumoren die ontstaan in hoofd en hals, met uitzondering van het centraal zenuwstelsel. Voorbeelden zijn een plaveiselcelcarcinoom, nasopharyngeaal carcinoom, speekselkliercarcinoom, De grootste risicofactoren voor het ontwikkelen van een hoofd- of halstumor zijn roken en overmatig drinken. Deze kankers treffen ook meer mannen dan vrouwen (piek rond 65 jaar) en bij de man is het in België de 4^{de} belangrijkste kanker. Landgenoten die wonen in de grensstreek met Frankrijk blijken meer kans te hebben.

De diagnose wordt gesteld na klinisch onderzoek, labo, staging, RX, echo, PET/CT en gastroscopie. Meestal presenteren deze patiënten zich in een later stadium, wanneer ze veel last ondervinden. Hoofd- en halstumoren kennen een hoge mortaliteit: de meeste patiënten overlijden hieraan, één op vier patiënten geneest met radiotherapie. Ongeveer 10% van de patiënten heeft bij presentatie nog een tweede tumor in slokdarm en long. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die blijven roken allemaal overlijden.

KANKERCELLEN

Elke cel draagt de genetische bagage in zich om in het even welke richting te specialiseren en ontwikkelt zich in functie van het gehele organisme. In het geval van kanker zijn deze kwaliteiten in min of meerdere mate verloren gegaan waardoor kankercellen zich onbeperkt kunnen delen, wat maakt dat ze niet meer passen in de functionele eenheid van het organisme. Dit betekent dat cellen een grote autonomie hebben, met voor- en nadelen.

Verschillende cellen die goed samenwerken betekent veel interactie. In het geval van kanker is dit niet meer zo, en moet er gekeken worden naar de differentiatiegraad. Deze gaat meestal gepaard met celmutatie, waarbij mutaties moeten aangepakt worden door behandeling.

Omgevingsfactoren spelen ook een grote rol in de ontwikkeling van kanker.

Voorbeelden hiervan zijn tabaksrook, ioniserende stralen, beroepsblootstelling (asbest), UV, biologische factoren, medicatie (cytostatica), alcohol en virussen. Ongeveer 8% van ons DNA zijn virussen die we geërfd hebben van onze voorouders en die de aanleiding kunnen zijn voor het ontstaan van kanker.

BEHANDELING VAN HOOFD- EN HALSTUMOREN

Stadium I en II: heelkunde of RT

Stadium III en IV, resecabel: heelkunde + RT of CRT (chemo + RT)

Stadium IV, niet resecabel: CRT

Gemetastaseerd: palliatieve chemo

Wanneer een cel deelt, gaat het DNA verdubbelen en wordt er een check gedaan. In geval van een storing, gaat de cel stoppen met delen. Chemo zorgt ervoor dat de cel afsterft wanneer er geen herstel meer mogelijk is.

De voornaamste nevenwerkingen van chemo zijn problemen met nierfuncties en neuropathie (tintelingen). Dit is niet altijd omkeerbaar. Ook verminderde gehoorfunctie, mucositis en in mindere mate haaruitval zijn mogelijke verschijnselen. In geval van een standaardbehandeling komt sliklast, smaakverandering en malnutritie zeer veel voor, ook radiodermatitis, droge mond, osteonecrosis, hypothyroidie en syndroom van L' Hermitte (elektrische sensatie bij het hoofd buigen).

Voorafgaande aan de behandeling met chemotherapie wordt een gastrostomie geplaatst om te voeden tijdens de behandeling. Het voordeel hiervan is dat de patiënten thuis kunnen blijven. Nadien wordt deze verwijderd.

Low Level Laser therapie kan gebruikt worden voor de behandeling van ontsteking van het mondslimvlies. Het voordeel hiervan is dat het minder pijnlijk is, een betere levenskwaliteit geeft en minder nood aan sondevoeding geeft. Het nadeel is dat het snel is uitgewerkt.

Targeted of biotherapie heeft als doel fosforisatie van de receptoren met de bedoeling om de te frequent aanwezige receptoren te stoppen. Wanneer patiënten geen chemo kunnen verdragen, kan Cetuximab gegeven worden. Dit is een antistof tegen de receptor, waardoor het signaal wordt tegengehouden. Het voornaamste neveneffect is ernstige huidproblemen.

Immunotherapie gaat sterk gemuteerde cellen beter herkennen. Het is een behandeling die een afweerreactie tegen kankercellen stimuleert. Deze behandeling versterkt of verandert het eigen afweersysteem, zodat het de kankercellen beter kan doden. De behandeling werkt dus niet direct in op de tumor. Als immunotherapie werkt, werkt het langer dan chemotherapie. Er wordt soms eerst een groei van de tumor gezien om nadien een vermindering te zien.

Neveneffecten zijn voornamelijk diarree, ziekte van Crohn, schildklierproblemen, vermoeidheid, pneumonie, hepatitis. In het algemeen zijn de nevenwerkingen wel minder ernstig en de symptomen zijn ongeveer stabiel bij deze therapie.

Specifieke palliatieve problemen bij hoofd- en halstumoren kunnen zijn:

- **Voedingsproblemen:** droge mond, taai slijmen, pijn, kaakkramp, abus, sondevoeding, aspiratie.
- **Bloedingen:** komt voor bij minder dan 5% van de tumoren. Soms is er nog tijd om de patiënt tijdig te sederen. Dit is vooral moeilijk voor de directe omgeving.
- **Mutilatie en wondproblemen:** vaak is hier weinig aan te doen, veel vochtverlies.

Muriel Luyckx
Verpleegkundig-consulent

14 pilootprojecten in België zullen de zorg voor chronisch zieken grondig hervormen

Zorgzaam Leuven is een van de 14 geselecteerde projecten

Alle ministers van Volksgezondheid willen een grondige hervorming van de zorg voor chronisch zieken. Zij gaven groen licht aan Zorgzaam Leuven, één van de 14 Belgische pilootprojecten in het teken van chronische zorg.

Zorgzaam Leuven, één van de 14 projecten die de zorg voor chronisch zieken grondig wil hervormen, kreeg groen licht. Het wordt een langlopend veranderingstraject in Groot-Leuven. Het doel van het project is driedubbel: meer levenskwaliteit en tevredenheid bij patiënten en hun mantelzorgers, een doeltreffende besteding van beschikbare middelen en een langer gezond leven voor de hele bevolking. Na een pilootfase van 4 jaar, worden de best practices van de 14 projecten uitgerold naar de rest van België.

In fusiegemeente Groot-Leuven wonen er 8.000 mensen met het statuut van chronisch zieke. Een cijfer dat nog zal toenemen met de vergrijzing van de bevolking. Zij gaan vaak gebukt onder meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Dit betekent een zware last om dragen, niet alleen voor henzelf, maar ook voor hun omgeving. Dit maakt de zorg heel complex. Het huidige zorgmodel volstaat niet meer om deze toenemende zorgnoden te beantwoorden.



Zorgzaam Leuven stelt de persoon met een chronische ziekte centraal. Het project is geschreven op maat van de Leuvense burger en zijn werkelijke problemen die een optimale levenskwaliteit in de weg staan. Via geïntegreerde zorgmodellen wil Zorgzaam Leuven werken aan de behoeften van patiënten. Hierbij zal de zorg zich minder richten op de aandoeningen en meer op de burger en zijn functieneren, zijn zelfredzaamheid en de ondersteuning van de mantelzorgers.

Dit vraagt om een hele cultuuromslag. Daarvoor zullen zorgprofessionals anders leren omgaan met zorgvragen: integraal, gericht op samenwerking en digitale gegevensdeling. Een andere belangrijke pijler hierbij is de vorming van zorgzame buurten in Leuven, waar buurtgerichte zorgverleners, zoals bijvoorbeeld huisartsen, huisapothekers en psychologen, zich samen met burgers willen inzetten voor een betere zorgintegratie rond de chronisch zieke.

In de uitvoering van het plan wil het project natuurlijk ook aandacht besteden aan de draagkracht van zorgverstrekkers en hulpverleners. De toenemende vergrijzing en steeds complexere zorgvragen leggen immers een hoge druk op zorgprofessionals. Door efficiënter samen te

werken rond de patiënt zullen zorgverstrekkers beter in staat zijn om deze complexe zorgnoden op te lossen.

Belangrijk doorheen het hele project is dat de tevredenheid van de patiënt, de kwaliteit van de geleverde zorg en de draagkracht van de zorgprofessionals, voortdurend geëvalueerd zullen worden.

Quote Maggie De Block, federaal minister van Sociale zaken en Volksgezondheid: *"Heel wat mensen met een chronische aandoening krijgen hulp van verschillende zorgverleners: huisartsen, huisapothekers, specialisten, verpleegkundigen en paramedici. Allemaal beschikken zij over specifieke kennis en ervaring, maar ze werken nog te veel naast elkaar. Dat is een gemiste kans, want een gestroomlijnde samenwerking kan de zorg verbeteren én de efficiëntie verhogen. Via deze 14 projecten zetten we een eerste, belangrijke stap naar beter geïntegreerde zorg. En daar zullen de 2,5 miljoen Belgen die vandaag een chronische aandoening hebben beter van worden."*

Meer informatie:
www.zorgzaamleuven.be en
www.integreo.be

Contactpersonen

Marie Van de Putte - Gijs Van Pottelbergh – Emelien Lauwerier
Coördinatoren Zorgzaam Leuven
0486/83 54 20
zorgzaamleuven@gmail.com

'Koesterkoffer' verkozen tot 'woord van het jaar 2017'.

Bij de verkiezingen van het woord van het jaar, een initiatief van Van Dale en VRT, is 'koesterkoffer' in Vlaanderen als winnaar uit de bus gekomen. In totaal werden bijna 70.000 stemmen uitgebracht voor het woord van 2017.

"Koffer met tastbare herinneringen om een jong gezin te steunen na het verlies van een kind", luidt aanvankelijk de officiële definitie van koesterkoffer. Dit verwijst naar het prachtige initiatief van het Berrefonds (www.berrefonds.be) waarbij een koffer werd ontwikkeld door moeders die zelf een kind hebben verloren, met daarin onder meer silicone om een vingerafdruk te nemen van het kind, een canvas voor een hand- of voetafdruk en een buisje om een haarlokje in te bewaren.

Bij Panal hebben we ook koesterkoffers, om uit te lenen aan gezinnen met kinderen die een dierbare gaan verliezen. Het materiaal in de koffer is bedoeld om deze kinderen voor te bereiden op en te ondersteunen bij het komende afscheid en overlijden van een ouder of grootouder.

Daarom is het onze wens dat het woord koesterkoffer ook in de toekomst in deze ruimere betekenis kan blijven verder bestaan, nl. een koffer met allerlei materiaal om te koesteren voor al wie achterblijft na het verlies van een dierbare: een kind, een partner, een vriend, een ouder, een grootouder, ... Na een mailtje waarin we deze wens overmaakten aan Van Dale, kregen we antwoord van de hoofdredacteur: "Uiteraard kan het woord 'koesterkoffer' ook in



de toekomst in een ruimere betekenis gebruikt blijven worden. Naar aanleiding van uw bericht zal ik de definitie aanpassen in de zin die u voorstelt, als een koffer die troost biedt aan nabestaanden na het verlies van een dierbare."

We hopen van harte dat alle koesterkoffers, maar ook troostkoffers, verlieskoffers, herinneringsdozen, ... in welke context ze ook worden gebruikt, steeds de weg mogen vinden naar de kinderen en volwassenen die een dierbare moeten missen.

Karen De Meerleer
Psycholoog Panal vzw

VLAAMS CONGRES PALLIATIEVE ZORG 2018

Naar jaarlijkse gewoonte organiseren de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en de Netwerken Palliatieve Zorg in het najaar het Vlaams Congres Palliatieve Zorg.

Het 15de **Vlaams Congres Palliatieve Zorg** vindt plaats op **dinsdag 9 oktober 2018** in **Turnhout** (Cultuurhuis De Warande, Warandestraat 42 te 2300 Turnhout). Deze editie staat in het teken van het thema 'palliatieve zorg en de oudere patiënt' en draagt als titel '**Palliatieve zorg gaat voor (g)oud!**'

Meer informatie volgt in de komende nieuwsbrief en op onze website www.panal.be.

Noteer alvast de datum in uw agenda!



DIGITALE NIEUWSBRIEF

Panal Nieuws is ook **digitaal** beschikbaar.

Indien u de nieuwsbrief graag digitaal toegestuurd krijgt (in plaats van de papieren versie), gelieve dan een mailtje met uw gegevens te sturen naar vragen@panal.be.

PERSONEELSNIEUWS

- > Op 24 januari 2018 werd onthaalvrijwilliger **Jos Bracké** in één klap twee keer overgrootvader met tweeling Roald en Idris.



COMFORTZORG IN DE PALLIATIEF- TERMINALE FASE

Dinsdag 24 april 2018
van 13.30 tot 16.30 uur
Experience Center V!GO Heverlee,
Interleuvenlaan 60, 3001 Heverlee

In deze opleiding gaan we zowel theoretisch als zeer praktisch aan de slag met comfortzorg, binnen de palliatieve en terminale zorgverlening. We hebben hierbij aandacht voor de verschillende deelgebieden in comfortzorg: ligcomfort, zitcomfort, comfort bij het verplaatsen en tenslotte comfort bij wassen, kleden en verschoenen.

De vorming wordt verzorgd door **Jo Declercq**, kinesitherapeut in WZC De Wingerd en docent comfortzorg en patiëntgestuurde zorg.

De kostprijs bedraagt 45 euro.

De doelgroep zijn artsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores, moreel consulenten, sociaal werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, zorgkundigen, vrijwilligers, ... met praktijkervaring in palliatieve zorg.

De minisymposia van 2018
hebben als rode draad:

'Zorg voor ouderen in palliatieve zorg'

Wij nodigen u graag uit voor het tweede minisymposium:

MULTIPATHOLOGIE EN MULTIFARMACIE

Donderdag 31 mei 2018
WZC Dommelhof, Halensebaan 25
te 3390 Tielt-Winge

Gast spreker: **Dr. Floris De Knijf**, huisarts

Aanvang om **20.30 uur**. De kostprijs bedraagt **25 euro**.
Accreditering voor artsen aangevraagd in de rubriek 6
– ethiek en economie.

CURSUS PALLIATIEVE ZORG VOOR GEÏNTERESSEERDEN EN KANDIDAAT-VRIJWILLIGERS

Deze cursus is bedoeld voor **alle geïnteresseerden** in palliatieve zorg en voor **kandidaat-vrijwilligers** in de thuiszorg, op een palliatieve eenheid, in een woonzorgcentrum, een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking of een psychiatrische verzorgingsinstelling.

De cursus bestaat uit twee delen. Voor kandidaat-vrijwilligers voor de palliatieve thuiszorg (Pallium vzw) of voor een palliatieve eenheid (Heilig Hartziekenhuis Leuven of UZ Leuven Campus Sint-Pieter) is het volgen van de twee delen van deze cursus een voorwaarde. Andere geïnteresseerden kunnen zich beperken tot deel 1 van de cursus.

Personen die zich kandidaat willen stellen als vrijwilliger, nemen best vooraf contact op met Karen De Meerleer op 016-23 91 01 (tijdens de kantooruren) of kdemeerleer@panal.be.

De cursus start op **donderdag 19 april 2018** en loopt telkens van 13.30 tot 16.30 uur op **Panal, Waversebaan 220 te 3001 Heverlee**. De kostprijs bedraagt 100 euro per deel.

THERAPEUTISCHE HARDNEKKIGHEID

Dinsdag 15 mei 2018 van 9.30 tot 16.30 uur
Panal, Waversebaan 220, 3001 Heverlee

Wat is therapeutische hardnekkigheid? Waarom komt dit voor? Wat zijn de gevolgen? Hoe reageer je als zorgverstreker als je ermee geconfronteerd wordt? Tijdens deze training hoor je er meer over en oefenen we om hiermee in verschillende situaties om te gaan.

De doelgroep zijn artsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores, moreel consulenten, sociaal werkers, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, zorgkundigen, vrijwilligers, ...

De vorming wordt verzorgd door **Dr. Michel Reniers**, huisarts,
CRA en palliatief arts RZ Tienen (PST).

De kostprijs bedraagt 85 euro (broodjeslunch inbegrepen).

MEER INFO/INSCHRIJVEN

Voor meer informatie over deze opleidingen kan u onze vormingsbrochure raadplegen op www.panal.be of bellen tijdens de kantooruren op het nummer **016-23 91 01**.

Inschrijven voor bovenstaande vormingen kan bij voorkeur online op onze website www.panal.be bij 'netwerk' of aan de hand van het **inschrijvingsformulier** in de vormingsbrochure.

Je kan annuleren tot veertien dagen vóór de cursus en dan krijg je je inschrijvingsgeld terugbetaald. Zonder tijdig annuleren kan er geen terugbetaling gebeuren. Indien je nog niet betaalde, wordt toch de kostprijs van de vorming aangerekend.

